



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**



**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

**Especialização em Saúde da Família**

Ricardo Rosa

**Planejamento local participativo: Relato de experiência na  
Estratégia da Saúde de Família de Barra Nova – Saquarema – RJ**

Rio de Janeiro

2016

Ricardo Rosa

**Planejamento local participativo: Relato de experiência na Estratégia da Saúde  
de Família de Barra Nova – Saquarema – RJ**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado, como requisito parcial para  
obtenção do título de especialista em Saúde  
da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientadora: Andrea Augusta Castro

Roberto José Adrião Povoleri Fuchs

Rio de Janeiro

2016

RICARDO ROSA

**Planejamento local participativo: Relato de experiência na Estratégia da Saúde  
de Família de Barra Nova – Saquarema – RJ**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado, como requisito parcial para  
obtenção do título de especialista em Saúde  
da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Aprovada em :\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

---

---

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	3
2.	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	5
3.	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	8
4.	<b>OBJETIVO .....</b>	9
4.1	Objetivo Geral .....	9
4.2	Objetivo Específico .....	9
5.	<b>METODOLOGIA .....</b>	10
5.1	Público-alvo .....	10
5.2	Desenho da Operação.....	10
6.	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	12
7.	<b>CONCLUSÃO .....</b>	14
8	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	16
9	<b>ANEXOS.....</b>	18

## RESUMO

O trabalho foi realizado no município de Saquarema, Estado do Rio de Janeiro, Região dos Lagos e tem como inspiração a participação em conselhos de saúde, discussões em grupos de saúde e inserção na comunidade ao realizar trabalhos de campo. Percebeu-se dificuldades no processo de planejamento local que ao serem relatadas pode se tornar elementos facilitadores para as equipes de saúde, para profissionais da saúde em prol do ganho para a comunidade. Estudo transversal, situacional de análise, subjetiva e quantitativa, uma vez que observamos, também, dados do diagnóstico comunitário. A revisão bibliográfica teve como base textos fornecidos durante o curso de especialização em saúde da família promovido pelo UnaSUS UERJ e pesquisas realizadas no Google acadêmico, Scielo e BVS. A estratégia da saúde da família é importante meio de organização da Atenção primária a saúde, deste modo o planejamento local ajuda organizar a unidade de saúde e contribui para melhora do desenvolvimento de uma equipe coesa e de uma gestão informada e participativa. O processo de trabalho na Equipe de Saúde da Família desperta a necessidade de ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na Atenção primária, pois se atua além de especialidades. Com este projeto pretende-se que o conhecimento das dificuldades, inerentes a este processo, sejam reconhecidas e que o entendimento dessas dificuldades possa trazer benefício.

Descritores: Planejamento local, Abordagem comunitária, Atenção Primária a Saúde, Comunidade. Participação

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse para escolha e abordagem deste tema teve início após participação em conselhos de saúde e a partir de discussões em grupo de educação em saúde e diz respeito a entender e construir em conjunto, à comunidade e os profissionais de saúde, o ideal de um Sistema Único de Saúde (SUS) funcionando e que justifique o investimento realizado em prol de seu sucesso.

O território abordado no contexto do trabalho encontra-se no município de Saquarema, situada no litoral do Rio de Janeiro, região dos lagos. Possui uma população, estimada pelo IBGE (2010), de 82.359 habitantes, uma área de 353,5 Km<sup>2</sup>. Faz divisa com os municípios de Maricá, Rio Bonito e Araruama. A área de atuação do estudo (anexo 1) abrange alguns bairros do município referente aos bairros de Barra Nova, Boqueirão, Gravatá e Manitiba; tendo como particularidade uma oscilação sazonal de número de habitantes, por ser cidade litorânea e ser destino turístico local e regional.

A saúde pública em Saquarema – RJ encontra-se em constante mudança, como realmente deve ocorrer quando se procura a melhoria das atividades de trabalho. Para estabelecermos um diagnóstico situacional (Anexo 2) foi utilizado diversos recursos para identificar as características da área a ser trabalhada. Utilizamos para este fim instrumentos como questionário de Estimativa Rápida Participativa, momentos como grupo de educação em saúde e análise institucional (Ecomapa – Anexo 3). Acrescidos a estes instrumentos também utilizamos, com a finalidade de aprimorar a informação, outras ferramentas como: Mapeamento e territorialização, diagnósticos da comunidade.

O instrumento de Estimativa Rápida Participativa, uma das ferramentas da abordagem comunitária, conta com etapas que contemplam um momento inicial de organização e preparação das etapas subsequentes: Coleta de diferentes fontes para conhecer perfil demográfico e epidemiológico; infraestrutura de saneamento; avaliações dos serviços oferecidos (creches, escolas, transporte, moradia, agravos entre outros). Definição dos pesquisadores. A sistematização da área: reconhecimento da área; divisão empírica das micro-áreas; um trabalho de campo no qual deve-se realizar observação do território e entrevista com informantes

chaves, professores, líderes locais, empresários locais e, por fim, desenvolvimento de um cronograma.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Ao ser desenvolvido, o SUS como projeto foi viabilizado, a partir da Constituição Federal de 1988 e iniciou com as leis 8.080 e 8.142 aprovadas em 1990 com a finalidade de uma estratégia de sistema unificado de saúde com financiamento público, permitindo parcerias público privada de forma complementar (Cortes, 2002). Foram estabelecidos princípios para seu funcionamento, como os elencados por Anderson (2015), como a universalidade – diz respeito a um acesso garantido a todas as pessoas que necessitem do serviço-, equidade – a capacidade do sistema de acolher e oferecer serviço de saúde a quem necessita, observando diminuir desigualdades, portanto, quem precisa de mais atenção demanda maior cuidado-, integralidade – ofertar serviço em saúde em todos os níveis de atenção conforme as necessidade de cada caso, desde a prevenção até a reabilitação.

Para tal empenho e esforço o sistema de saúde conta com fonte de financiamento público com contribuição da união, estado e município. Cortes (2002), relata que através da lei 8.142/90 os usuários ganharam espaços para influenciar nas decisões setoriais da construção da saúde, através de suas participações em conferências (municipais, estaduais e federais) – sendo estes espaços fóruns institucionalizados-, democratizando a política pública de saúde.

Podemos observar, conforme apontamento de Anderson (2015), que o caráter da participação social é um dos princípios organizativos do SUS, que tem como outros princípios desta natureza a Regionalização e hierarquização bem como a descentralização e a resolutividade.

Deste modo, contextualizamos a Atenção Primária a Saúde (APS), que é um tipo de organização essencial e estratégica, no cuidado da saúde muito importante para o estabelecimento de um SUS. Starfield (2002), relata que a APS direciona e determina o modo e a necessidade do trabalho na comunidade e sustenta-se por quatro atributos essenciais: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, de maneira a conseguir se organizar e funcionar proporcionando o melhor para a população.

Acesso refere ao uso do serviço para cada novo problema ou episódio, como porta de entrada para a assistência à saúde e acompanhamento dos pacientes. Longitudinalidade diz respeito ao cuidado contínuo da equipe de saúde e



acompanhamento dos pacientes. Integralidade diz respeito a todos os serviços que o cidadão necessita ter acesso para que atendam às necessidades da população adscrita; nos campos da promoção, prevenção, cura, cuidado e reabilitação; bem como o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam doença (Starfield, 2002). Coordenação do cuidado, sendo atributo que diz respeito à capacidade de garantir continuidade da atenção, conhecer e integrar os cuidados que o paciente recebe nos diferentes níveis de atenção (Mendes, 2011).

De acordo com Harzheim & Mendonça (2013, p.32):

A política atual do governo brasileiro considera a Estratégia Saúde da Família (ESF) como meio de reorganizar a atenção primária do país, de acordo com os preceitos do SUS. É tida como principal estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção primária, assim como ampliar a resolubilidade dos problemas de saúde e produzir maior impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo efetividade.

Através desse texto podemos perceber a importância da ESF para o SUS, sendo ela não somente a “porta de entrada”, mas a base fundamental do sistema de saúde, para resolução do impacto do SUS no orçamento da união, estado e municípios e ordenando as redes de atenção à saúde. Desde que efetiva e funcionante tem a capacidade de ser resolutive. Portanto, deve ser apoiada pelas três esferas de governo.

Em consonante com o ideal de construção de um processo de melhoria contínua da atenção à saúde, a gestão deve submeter suas unidades de atenção básica a avaliações objetivando, segundo BRASIL (2010), impulsionar a melhoria de qualidade. Os instrumentos de avaliação normatizados para a ESF fazem parte de um instrumento de avaliação o: Programa Nacional de Melhoria da Atenção Básica (PMAQ). A adesão voluntária a este projeto proporciona autocrítica e conhecimento sobre as equipes servindo de esteio para a aplicação de recursos e para a saúde da comunidade, de modo geral.

A etapa de planejamento, de acordo com Tancredi (1998), é a principal para se conhecer o objetivo, para só então progredir e planejar as estratégias para se atingir as metas. Vieira (2009), relaciona que o planejamento é, muitas vezes, realizada apenas como etapa de cumprimento de exigência legal em detrimento de seu objetivo principal que é direcionar precisamente recursos.

Sobre as ações de planejamento das ações de saúde, Anderson (2015), destaca como etapa importante para conseguir progredir em ações cada vez mais qualificadas e avalia também que o desconhecimento deste processo leva a avaliações equivocadas e insatisfatórias que nos distanciam dos objetivos na área da saúde.

Outro elemento utilizado, Agostinho (2007), aponta o Ecomapa como uma representação gráfica na qual se demonstra as relações existentes entre a “estrutura” (família ou pessoa) com o meio com o qual se interage. Realizado como instrumento para resumir e representar as relações, avaliar disponibilidades, compreender situações e poder planejar e interagir elementos.

### 3. JUSTIFICATIVA

O processo de trabalho da equipe não estava estruturado em ações prioritárias, e identificava-se um baixo compromisso da equipe no cumprimento de algumas metas estabelecidas pela gestão municipal. A construção deste trabalho propicia para todos os envolvidos no processo uma melhor abordagem dos indicadores de saúde através da construção conjunta, da equipe e comunidade, do planejamento participativo.

Tendo como papel fundamental da ESF o modelo de organização, pautada no trabalho em equipe e responsabilização do território, a atenção primária a saúde contém atributos necessários para ampliar em número e qualidade os serviços de saúde ofertados de modo que este alcance seus objetivos, como: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Considerando os princípios do SUS de acessibilidade e participação social e os atributos da APS, torna-se um desafio a implementação da programação estratégica como instrumento de apoio, maior eficiência dos recursos e facilitação dos processos de negociação junto a equipe e comunidade. Pode-se, deste modo, aplicar conceitos como: território, área de abrangência, micro-área de risco, setor censitário, vigilância, risco, fatores de risco, chances de vida, equidade e justiça social; uniformizando as metas para evolução do trabalho.

Logo, demonstrar a situação atual da equipe de ESF Barra Nova será importante instrumento para melhorar o trabalho da a equipe existente, tanto no posto de saúde quanto na gestão municipal, pois trata-se de um estudo transversal, situacional que visa demonstrar a aplicabilidade de uma ferramenta da abordagem comunitária para o conhecimento da realidade e vivência da comunidade, bem como as aplicações das decisões tomadas em equipe e comunidade.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo geral**

Aplicar o planejamento local participativo através da Estimativa Rápida Participativa.

### **4.2. Objetivos específicos**

Análise dos indicadores de saúde na ESF Barra Nova – Saquarema – RJ.

Nortear ações que possam resultar em ganhos efetivos para a comunidade local, visando a melhorar integração da população com a unidade de saúde da família.

Apresentar o diagnóstico de saúde para a comunidade e gestores municipais junto com a equipe.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Público-alvo**

São beneficiários da intervenção a população clientela adscrita na abrangência do Posto de Saúde da Família de Barra Nova; a equipe que trabalha nesta estratégia no posto, pois ganham experiência em trabalho conjunto e ganham proficiência em suas qualificações; o município e seus gestores ao poderem analisar a autocritica e desenvolver estratégias para seguir melhorando e, por fim; o meio acadêmico que puder utilizar deste relato de experiência para progredir e mesmo comparar os trabalhos.

### **5.2 Desenho da operação**

Estudo transversal, situacional que visa demonstrar a aplicabilidade de uma ferramenta da abordagem comunitária para o conhecimento da realidade e vivência da comunidade, bem como as aplicações das decisões tomadas em equipe.

A partir de dados coletados analisa-se as dificuldades encontradas durante o trabalho e também se observa os pontos positivos. Análise, portanto, subjetiva e quantitativa, uma vez que observamos, também, dados do diagnóstico comunitário.

A aplicação da Estimativa Rápida Populacional na ESF Barra Nova - Saquarema foi desenvolvida a partir de questionário adaptado para a realidade local. Houve capacitação da equipe com esta finalidade.

A análise do modo de observação desse objeto foi sintetizada na Tabela 1 (Anexo 4), que é um cronograma das atividades seguidas tendo como parâmetros conjuntos a estimativa de tempo bem como os agentes envolvidos no processo.

Na ocasião deste trabalho o questionário utilizado para as entrevistas foi extraído Anderson et al. (2011) e adaptado para a ocasião. As entrevistas aplicadas aos informantes-chaves, os quais foram selecionados a partir de consenso com o grupo tendo como base as observações sobre perfil dos entrevistados. Um político influente da comunidade, um farmacêutico, um Agente Comunitário de Saúde, um

empresário local, um membro da associação de moradores e a diretora de uma das escolas do Bairro. Como orientação e treinamento para aplicação dos questionários aporte teórico de suporte foi estabelecido como textos extraídos de Giacomazzi & Takeda (1997), no qual há orientações quanto à postura e orientações gerais sobre as entrevistas.

Para efetividade deste projeto foi necessário o desenvolvimento da relação com a comunidade em primeira instância etapa fundamental para coleta de dados e inserção territorial e como forma de inserção em ambientes como as escolas municipais presentes na área. O ambiente escolar, como parceiro, foi fundamental para o desenvolvimento de campanhas educativas, funcionando como espaço para interação com a comunidade e extensão do vínculo das famílias com a Unidade de Saúde.

Outras parcerias estabelecidas foram com as lideranças locais. Tanto do líder comunitário de maior expressão, quanto com a associação de moradores do bairro.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A percepção do processo de construção deste trabalho leva a entender que se trata de um processo complexo e trabalhoso, no qual foram encontradas diversas dificuldades. Entendemos dificuldades como inerentes a um trabalho que envolve equipe, pessoas e fatores externos alheios a uma linha de raciocínio linear e de certa maneira e dentro do esperado.

Descrevemos, no momento, algumas dificuldades encontradas, como:

Falta de planejamento local prévio na unidade. Tancredi (1998) e Vieira (2009) também relacionam necessidade de planejamento como etapa fundamental para se alcançar objetivos e relacionam dificuldades semelhantes entre planejamento e execuções em escalas maiores como entre união e estados. Da mesma forma o planejamento local participativo quando não realizado com ajuste e consonância entre unidade de saúde e comunidade não há plausibilidade em aplicação de suas ações.

Agentes comunitários desmotivados por vínculos trabalhistas precários assim como descreve Harzheim & Mendonça (2013) em seu texto ao citar formas de contratações em ESF. Os agentes comunitários de saúde não recebem formação suficiente durante a sua admissão, sendo apenas informados inicialmente de seus papéis e aprendem efetivamente na prática. Seria necessário, entretanto, capacitações mais frequentes e curso introdutório para todos ACS e equipes.

Dificuldades para adesão da população a aspectos relacionados à sua mobilização e participação social, como os conselhos de saúde. Através dos momentos de educação em saúde na sala de espera tentamos estimular também, a participação popular em decisões políticas. Todavia a despolitização da população somente associa aspectos políticos a atos de realizar solicitações pessoais aos agentes políticos, dificilmente, ou não associando, ações coletivas como construtoras de demandas e requerimento de ações para próprio lugar onde mora (exemplo requerimento de água tratada e esgoto). Já para BRASIL (2006) há necessidade de movimentos integradores entre população, gestão e profissionais da saúde, para garantir sustentabilidade em processos de intervenção.

Dificuldades de atuações intersetoriais. Para articulação com alguns setores há facilidades de acessos, como exemplo, dinâmicas realizadas nas escolas, porém em outros há realizações conjuntas com outros setores como o desenvolvimento social ou urbanismo. Brasil (2006), também relaciona como importante esses diálogos de forma a construir rede integrada de ações

Por outro aspecto, preocupou-se em demonstrar pontos positivos na experiência como a participação no conselho municipal de saúde que forneceu um conhecimento e inserção maior na comunidade, espaço no qual pudemos entender mais do apelo popular pelas mudanças, em âmbito municipal e não só regional como na área de atuação do posto de saúde, compreendendo melhor, portanto, as propostas realizadas neste fórum participativo visando contribuir para a formulação dos rumos a serem tomados para os próximos anos.

Podemos destacar também a participação e inserção nas ações de reconhecimento da área e territorialização (apropriação territorial) como fundamentais para o reconhecimento mais profundo da realidade da área com o ponto de vista singular de conhecer na realidade o ambiente de onde vem os problemas da população. Estas ações citadas em consonância com Giacomazzi & Takeda (1997), Harzheim & Mendonça (2013), Anderson (2015), tornaram possíveis o reconhecimento da figura do profissional de saúde enquanto agente participativo e não somente passivo ao acolher na unidade, gerando conhecimento da cultura popular e construindo a relação profissional de saúde paciente diretamente.

Esses conhecimentos ajudam nas discussões de caso durante as reuniões de equipe, espaço que pode ajudar na terapia e processo do atendimento centrado na pessoa família e na comunidade.

Para o diagnóstico da comunidade é esperado sistematizar as informações e que estes resultados subsidiem os processos de tomadas de decisão em relação a equipe e aos enfrentamentos dos problemas estabelecidos na unidade. Estas decisões contemplam as ações prioritárias a serem realizadas no território considerando uma perspectiva multiprofissional e intersetorial.



## 7. CONCLUSÃO

O processo de trabalho na Equipe de Saúde da Família desperta a necessidade de ampliar o conhecimento médico, pois se atua além de especialidades. É necessário saber abordar as diferentes gerações e administrar com cuidado o desenrolar de um atendimento em saúde, de modo a respeitar os conhecimentos, diferentes culturas e a pessoa acima de tudo. Portanto, a experiência é complexa e requer grande habilidade.

A abordagem comunitária e o planejamento local são construídos com dificuldades em todos os ambientes e sendo dinâmica, muda-se com o trabalho em equipe e todas as complexidades de ser uma equipe. É difícil manejar um grupo, torná-lo coeso, produtivo, caminhar em uma só direção. Requer muito tempo do trabalho somente manejando uma equipe. É imprescindível educação continuada em saúde, capacitação frequente da equipe para que todos entendam o quanto é valioso o trabalho da unidade.

Durante a formação médica não há preparação para gerenciamentos e capacitações para lideranças, como se é exigido ao se tornar médico responsável em uma estratégia em saúde de família. Este talvez seja um ponto mais complexo da experiência, pois depende de vivência anterior, conhecimentos e habilidades adquiridas fora do ambiente de sala de aula, além de maturidade para se assimilar o conhecimento.

Com este projeto pretende-se que o conhecimento das dificuldades, inerentes a este processo, sejam reconhecidas e que o entendimento desses vieses possa trazer benefícios indireto na construção de uma equipe, na construção de um trabalho, na abordagem comunitária.

A construção do trabalho requer dedicação, inserção social e um conhecimento da realidade local que são moldados ao longo do tempo e é necessário ir além de conhecimento técnico.

É importante notificar indicadores de saúde como diarreias e desnutrição, investir em educação permanente da equipe e intensificação de educação em saúde através da sala de espera e para essa finalidade é preciso o envolvimento contínuo de todos os agentes de saúde especialmente dos Agentes Comunitários.

Estimular a associação de moradores a conseguir maior inserção social e participação social e participação no conselho gestor local, conselhos municipais influencia sobremaneira o seu engajamento e entendimento das questões sociais.

## 8. REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, Manuela. **Ecomapa**. Revista Portuguesa de Clínica Geral, v. 23, p. 327-330, 2007.

ANDERSON Maria Inez Padula. **Abordagem Comunitária e Estimativa Rápida Participativa no contexto da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família**. (aula). Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária FCM/UERJ. Disponível em: <  
[http://moodle.unasus.uerj.br/file.php/398/bibliografia\\_basica/AQS\\_Texto3.pdf](http://moodle.unasus.uerj.br/file.php/398/bibliografia_basica/AQS_Texto3.pdf)>  
 Acesso em agosto de 2015.

ANDERSON Maria Inez Padula. **Estimativa Rápida - Instrumento para Entrevista - Diagnóstico Situacional** - Comunidade do Borel. Disciplina de Medicina Integral I - Abordagem Comunitária. 2011. Disponível em: <  
[http://moodle.unasus.uerj.br/file.php/398/bibliografia\\_basica/AQS\\_Texto8.pdf](http://moodle.unasus.uerj.br/file.php/398/bibliografia_basica/AQS_Texto8.pdf)>  
 Acesso em agosto 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, p.34-41, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Política nacional de promoção da saúde**. MS, Anexo 1, Brasília, 2006.

CORTES, Soraya Maria Vargas. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde**. Sociologias, v. 7, p. 18-48, 2002.

GIACOMAZZI, Maria Cristina; TAKEDA, Silvia. **Guia para Diagnósticos de Comunidade no Planejamento das Ações Coletivas de Saúde**. Porto alegre, 1997.

HARZHEIM Erno, MENDONÇA Claunara Shilling. **Estratégia Saúde da Família In: Medicina Ambulatorial:- Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Artmed Editora, p 32-42, 2013.

IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - **COPIS**. 2010. Disponível em <  
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330550&search=rio-de-janeiro|saquarema|infograficos:-informacoes-completas>> Acesso em novembro 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011.

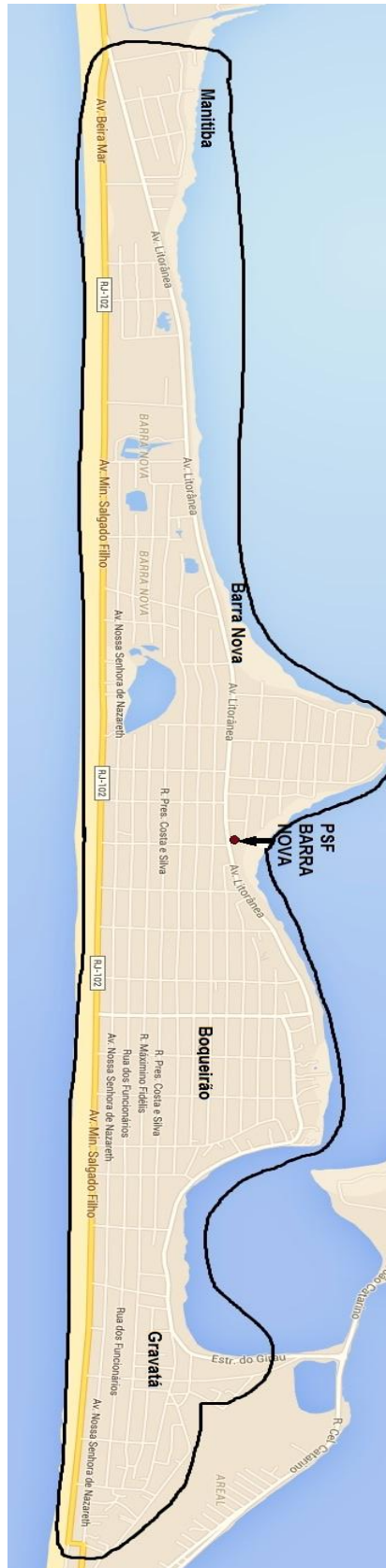
STARFIELD, Barbara. Atenção primária. **Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura**, 2002.

TANCREDI, Francisco Bernadini. **Planejamento em Saúde**, volume 2/Francisco Bernadini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios, José Henrique Germann Ferreira. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

VIEIRA Fabíola Sulpino. **Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1565-1577, 2009.

## 9. ANEXOS

### ANEXO1-Território



## ANEXO 2- Dados sobre a comunidade:

Os dados sobre a unidade foram coletados a partir da experiência em campo no tempo de vivência pelo programa de valorização da atenção básica.

A população dos bairros Gravatá, Boqueirão, Barra Nova e Manitiba, têm em conjunto um total de aproximadamente 7500 pessoas, assistidas pelo Posto de Saúde da Família tem cadastrado no momento 949 famílias com uma cobertura até o momento de 3320 pessoas. O nível sócio econômico dos bairros assistidos é muito variável. Contam com 3 igrejas católicas, 9 espiritualistas e 18 igrejas evangélicas.

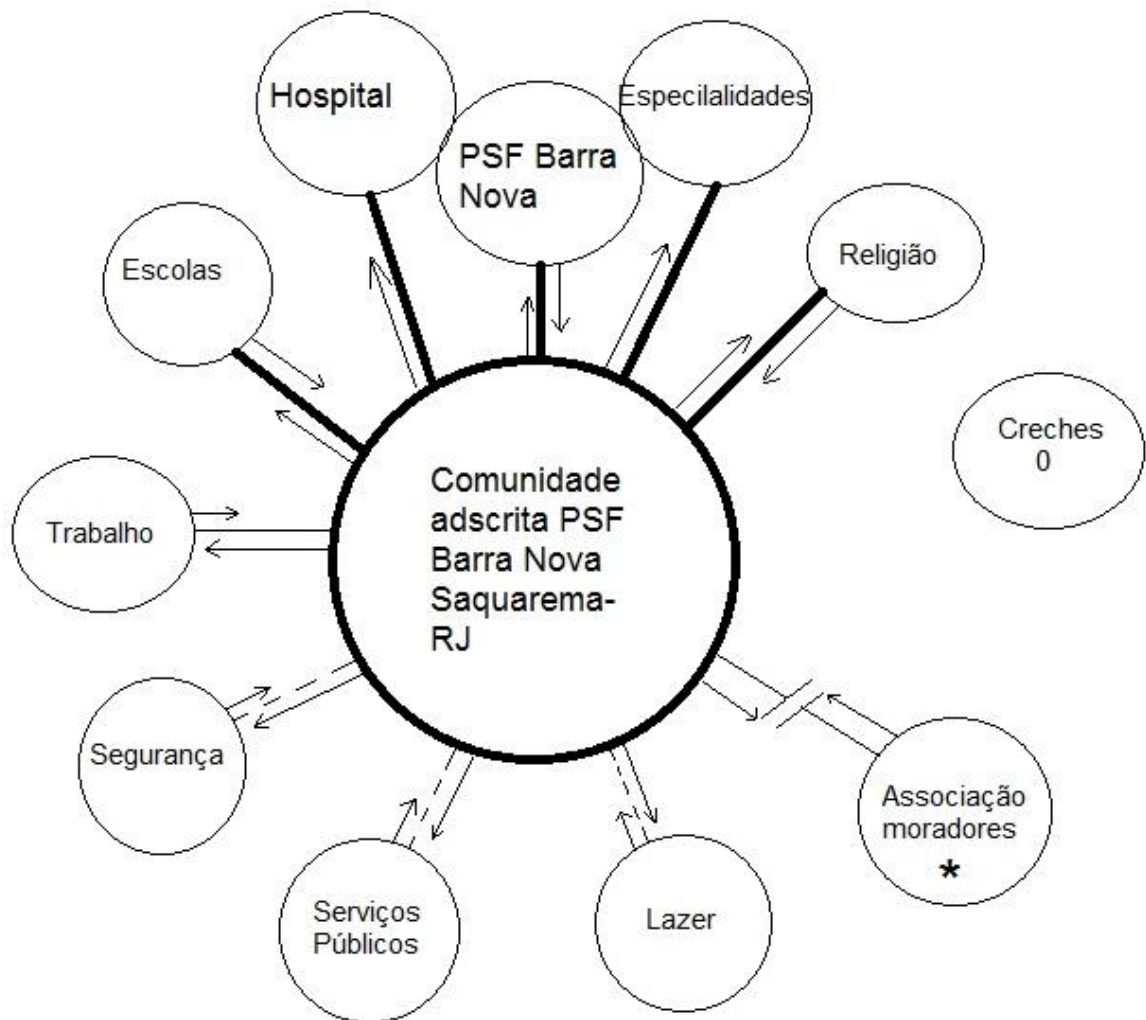
Os bairros Boqueirão e Gravatá possuem diversas casas de veraneio, com padrão social médio e alto, contam com rede de água encanada e tratada (ainda sem rede de esgoto), mais de 80 por cento do bairro asfaltado. Por outro lado, Barra Nova e Manitiba, têm outra realidade, uma estrutura mais carente e precária, ruas sem asfalto, 95 por cento do bairro, não possuem água tratada, nem esgoto (100%), possui uma incidência maior de violência (tráfico de drogas, furtos), segundo informações de informantes-chave e população local.

Nenhum dos bairros possuem estrutura de posto policial, agência de correios, comércio local muito restrito e pequena quantidade. A única estrutura de saúde presente nesses bairros é o posto de saúde de Barra Nova. Não há serviço de emergência de saúde 24h para atender a população e não há creche para atender a demanda local.

Sobre a população fixa local a fonte de renda são pessoas que trabalham na construção civil e pessoas com vínculos ligados à prefeitura, sendo este o maior esteio comercial municipal.

Sobre doenças crônicas degenerativas na área: a incidência de Diabéticos (diagnosticados e em acompanhamento no PSF é da ordem de 247 pacientes (7,4% da população assistida); já o de Hipertensos é de 476 (14,33% da população assistida); pacientes acamados 08 (0,24% da população assistida) e deficientes físicos 20 (0,60% da população assistida) (eSUS, 2015).

## ANEXO 3- ECOMAPA



Legenda:

-Força da relação    **————**    **———**    **.....**

-Demanda da relação    **————>**

- Relação interrompida    **———||———**

\*A associação de moradores do Bairro passa por um enfraquecimento político e no momento não está atuante.

## ANEXO 4 – Tabela 1

Tabela 1: Cronogramas de atividades para execução do projeto.

<b>Atividades</b>	<b>Tempo estimado</b>	<b>Agentes designados</b>
<b>1-</b> Conhecimento e observação da área, identificação das vulnerabilidades e especificidades do território	4 meses abr/mai/jun/jul 2015	Agentes Comunitários Médico Enfermeira
<b>2-</b> Mapeamento com identificação dos pontos de interesse e vulnerabilidades	6 meses abr/mai/jun/jul/ago/set 2015	Agentes Comunitários Médico Enfermeira
<b>3-</b> Entrevista com informantes-chave	1 mês out 2015	Médico
<b>4-</b> Confecção do ECOMAPA	2 semanas out 2015	Agentes Comunitários Médico Enfermeira
<b>5-</b> Mobilização comunitária, com participação ativa no CMS e CES	2 semanas out e nov 2015	Médico
<b>6-</b> Análise dos dados obtidos através de reunião de equipes e discussão com integrantes da comunidade	3 meses out /nov/dez 2015	Agentes Comunitários Médico Enfermeira Integrantes da área
<b>7-</b> Apresentação para equipe secretaria de saúde municipal	1 dia jan 2015	Médico